

<b>لاستعمال الكاونتي فقط</b>	
CASE NUMBER	
WORKER	
DATE RECEIVED	

## طلب الحصول على مساعدة كوبونات طعام بسبب حالة طارئة

مدة منافع الكارثة:

معلومات هامة - اقرأ بتأني

**حقوقك بصفتك مقدم الطلب أو المستلم:**

- يمكنك تقويض شخص آخر لاستلام كوبونات الطعام عنك أو لاستعمالها لشراء طعامك. إذا كنت ترغب في تقويض شخص آخر، يرجى تكميل البيانات أدناه.

رقم الهاتف	اسم الممثل المفوض
العنوان	
المدينة	

**تحذير العقوبات!!**

إذا كانت أسرتك تحصل على كوبونات الطعام، عليها الالتزام بالقواعد المدرجة أدناه. عدم الإدلاء بالمعلومات أو إعطاء المعلومات الخاطئة قد يؤدي إلى المقاضاة بموجب القانون مع فرض عقوبات التغريم أو السجن أو كليهما. قد تؤدي العقوبات إلى تجريد الأهلية من البرنامج وفرض غرامة أقصاها 250000 دولار والسجن حتى 20 سنة. ستكون عقوبة التجريد لمدة 6 شهراً للانتهاك الأول، ولمدة 12 شهراً للانتهاك الثاني، وبشكل دائم للانتهاك الثالث.

- لا تعطي معلومات خاطئة أو تمتلك عن كشف المعلومات لغرض الحصول على كوبونات الطعام.
- لا تناجر أو تبيع كوبونات الطعام أو بطاقات التقويض بالمساهمة (ATP) أو بطاقات صرف أخرى.
- لا تغير وثائق التقويض بالمساهمة (ATP) أو أي بطاقات صرف أخرى للحصول على منافع كوبونات طعام لا تستحقها.
- لا تستعمل كوبونات طعام لشراء مواد غير مسموح بشرائها مثل المشروبات الكحولية أو السجائر.
- لا تستعمل كوبونات طعام شخص آخر، أو وثائق تقويض بالمساهمة (ATP) أو أي بطاقات صرف أخرى صدرت لأسرتك.

- أن تبلغ بدون اعتبار للعرق أو اللون أو الموطن الأصلي أو الدين أو الانتماء السياسي أو الجنس أو الإعاقة أو العمر وأن ترفع دعوى إذا شعرت بأنه تم التمييز ضدك.
- الحصول على منافع كوبونات طعام طارئة خلال يوم واحد إذا كنت مؤهلاً.
- أن تبحث أي إجراء بخصوص قضيتك مع إدارة الإنعاش التابعة لكاونتي وأن تطلب عقد جلسة سمع خلال 90 يوماً.
- أن تتم مراجعة طلبك قوراً من قبل مشرف إذا تم رفض طلبك.
- القدم بشكوى أو طلب مقد جلسة سمع بالكتابية إلى إدارة الإنعاش في الكاونتي التي تقيم فيها أو عن طريق الاتصال بالرقم المجاني 1-800-952-5253-1. الرقم النصي المجاني لضعف السمع (TDD) هو 1-800-952-8349.
- أن تكون ممثلاً في جلسة السمع المعقودة من قبل الولاية من قبل أحد أفراد أسرتك أو صديق أو محامي أو شخص آخر من اختيارك.

**مسئوليتك بصفتك مقدم الطلب أو المستلم:**

- أجب على الأسئلة بصدق وبشكل كامل حسب أفضل إمكانياتك. إذا رفضت تزويد أي من المعلومات المطلوبة، لن تحصل على كوبونات طعام.
- خلال مقابلتك، عليك أن تبرز إثباتاً عن هوية رأس الأسرة، وهوية الشخص الذي يقوم بتكلمة النموذج، وإذا أمكن، إثباتاً عن موقع منزل الأسرة عند وقوع الكارثة.
- عليك أن تتعاون مع الكاونتي والولاية والحكومة الفدرالية إذا تم اختيارك للمراجعة بعد فترة الكارثة.

**تعليمات:** رجاء الإجابة على الأسئلة على هذا النموذج لظروفك المتوقعة خلال فترة إعانت الكوارث المبنية أعلاه. يمكنك أن تألف أي عضو آخر في أسرتك أو أي شخص بالغ يعرفك تكميلاً للنموذج. إذا تم تكميل النموذج من قبل شخص بالغ ليس فرداً من أفراد الأسرة، أرفق موافقة خطية موقعة من قبل رأس الأسرة أو عضو بالغ آخر في الأسرة.

الاسم (رأس الأسرة)	
رقم الهاتف	عنوان السكن الدائم في وقت وقوع الكارثة.
رقم الهاتف	العنوان المؤقت

**القسم A - وضع الأسرة (يجب التأكيد على نعم أو لا لكل سؤال)**

- هل دفعت أو تتوقع أن تدفع خلال فترة الكارثة أي من النفقات التالية المتعلقة بالكارثة: تصليح أو استبدال المنزل أو مكان العمل أو عقار مستأجر أو ملجاً مؤقت، أو الانتقال من المنزل الذي تم إخلاؤك إليه، أو لحماية منزل أو مكان عمل أو عقار مستأجر أو لنفقات طبية أو دفن نتيجة لأذى بسبب الكارثة؟
  - هل أنت غير قادر على الوصول لدخل أسرتك أو مصدر نقدية؟
  - هل انخفض أو تأخر دخلك أو مصدر درك المالي بسبب الكارثة؟
  - هل ستشتري طعام أو تحضر وجبات خلال فترة حصولك على المنافع؟
- نعم  لا   
 نعم  لا   
 نعم  لا   
 نعم  لا

**لاستعمال الكاونتي فقط** Disaster Application Disaster Recertification

Can the head of household's identity be verified?

 YES  NO

Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?

 YES  NO

Type of verification:

Can the household's residence be verified?

 YES  NO

Type of verification:

**لاستعمال الكاواني فقط**

5. ذكر أسماء كافة أعضاء الأسرة المتقدمين بطلب الحصول على كوبونات طعام بسبب حالة طارئة. ذكر أيضاً أسماء الأشخاص الذين كانوا يعيشون معك في وقت الكارثة.

تاریخ الولادة	رقم الضمان الاجتماعي *	الاسم (رأس الأسرة)
-A		
تاریخ الولادة	رقم الضمان الاجتماعي *	الاسم
-B		
تاریخ الولادة	رقم الضمان الاجتماعي *	الاسم
-C		
تاریخ الولادة	رقم الضمان الاجتماعي *	الاسم
-D		
تاریخ الولادة	رقم الضمان الاجتماعي *	الاسم
-E		
تاریخ الولادة	رقم الضمان الاجتماعي *	الاسم
-F		
تاریخ الولادة	رقم الضمان الاجتماعي *	الاسم
-G		

\* ذكر رقم ضمانك الاجتماعي هو أمر اختياري. سوف يستعمل لغرض التعريف فقط.

6. هل أي شخص ذكر أسمه أعلاه غير مؤهل حالياً للحصول على إعانات برنامج كوبونات الطعام بسبب انتهاك (احتياط)  
 لا       نعم      أو بسبب عدم القيام بالعمل المطلوب منه؟  
 إذا كان الجواب نعم، من هو؟

**الجزء ت- الدخل / الموارد / النفقات**

7. ما هو المبلغ الإجمالي الذي تأخذه للبيت أو دخل كافة الأشخاص الذين ذكرت أسماؤهم أعلاه الذي استلموه أو ستوقع أن يستلموه خلال فترة منافع الكارثة؟ دولار

b- ذكر كافة مصادر دخلك:

8. ذكر كافة الموارد النقدية التي سيتمكن الأشخاص الذين ذكرت أسماؤهم أعلاه الحصول عليها خلال فترة منافع كارثة. لا تشمل أي مبلغ تم ذكره في المادة 7 أعلاه.

النقد المتوفّر في اليد	حسابات توفير	حسابات جارية	غير ذلك
دولار	دولار	دولار	دولار

9. أدخل مبلغ النفقات بسبب الخسارة أو الضرر الناتج عن الكارثة الذي دفعته خلال فترة الكارثة. لا تذكر مبالغ سيتم دفعها من قبل شخص غير الأشخاص الذين ذكرتهم أعلاه أو الذين سيعوض لهم خلال فترة الكارثة.

دollar

a- تصليل أو استبدال منزل أو مكان عمل أو عقار مؤجر.

دollar

b- نفقات ملأاً مؤقت

دollar

c- تكاليف نقل من المنزل الذي تم إخلاؤك إليه.

دollar

d- نفقات حماية منزل أو مكان عمل أو عقار مؤجر.

دollar

e- نفقات طبية أو دفن نتيجة لأذى بسبب الكارثة.

10. a- هل أي شخص ذكر أعلاه يحصل حالياً على كوبونات طعام؟

إذا كان الجواب نعم، من هو؟ دollar

b- هل طلبوا أو حصلوا على كوبونات طعام بدليلاً لهذا الشهر؟

نعم       لا

**Computation**

A. Anticipated Income (from 7) \$ \_\_\_\_\_

B. Accessible Cash Resources (from 8) \$ + \_\_\_\_\_

C. Total disaster period income = (A+B) \$ \_\_\_\_\_

D. Total allowable disaster-related expenses (from 9) \$ - \_\_\_\_\_

E. Accessible disaster period income = (C-D) \$ \_\_\_\_\_

F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ \_\_\_\_\_

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible:  YES  NO

**Allotment**

1. Disaster Allotment (from Table) \$ \_\_\_\_\_

2. Regular Allotment Already Received \$ - \_\_\_\_\_

3. Net Disaster Allotment (1-2) \$ = \_\_\_\_\_

Issuance document ID Number # \_\_\_\_\_

**Client ID issued**

YES  NO

WORKER'S SIGNATURE DATE

توقيع (عضو الأسرة البالغ أو الممثل المفوض)

التاريخ

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE

الشاهد، إذا وقعت بوضع علامة «X»

التاريخ